



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2011

---

## **Forschungsprojekt zu Anreizen im DRG-System**

Fässler, M ; Clarinval, C ; Wild, V ; Biller-Andorno, N

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-57808>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Fässler, M; Clarinval, C; Wild, V; Biller-Andorno, N (2011). Forschungsprojekt zu Anreizen im DRG-System. Schweizerische Ärztezeitung, 92(47):1822-1823.



### Mesalliance bei Managed und Care [1]

Gemäss Duden bedeutet Mesalliance eine nicht standesgemässe Ehe, im übertragenen Sinne eine unglückliche unebenbürtige Verbindung, Freundschaft. Wie gefährlich eine Mesalliance ist, zeigen Beispiele der Literatur (Romeo und Julia). Mesalliance hat viel mit Liebe und wenig mit Verstand zu tun. Rationelle Ratschläge nützen nichts. Management und Care sind entsprechend zwei unglücklich verliebte Weltanschauungen.

Die reine, rationell berechnende Ökonomie, orientiert an Angebot-Nachfrage sowie Wachstum (wann werden Ökonomen erwachsen?), ist nicht mehr glaubwürdig, und die liebevollen Pflege, das fürsorglich-ethische Handeln pflegender Menschen und vieler Ärzte weltweit, wird für Finanzierungen als nicht messbares Kriterium für medizinisches Handeln abgelehnt. – Welche Liebe ist käuflich? Die wirksame Liebe, nicht Eros, sondern Agape (Ἀγάπη, caritas) ist pharmakologisch nicht herstellbar, in der Apotheke nicht erhältlich, hat keine TARMED-Position. Sie ist bedeutungslos für Ökonomen und Preisüberwacher, denn sie hat keinen Preis, kann nicht überwacht werden. Trotzdem bleibt sie das wichtigste Medikament. – Am dankbarsten sind ineffizient behandelbare Patienten, für die wir uns trotzdem eingesetzt haben: die «nutzlose» Hilfe bei Machtlosigkeit. Dies gilt bei Einsätzen in der Entwicklungshilfe wie bei sterbenden Menschen.

Managed Care verursacht eine Entsolidarisierung. Jeder Druck über eine Franchise oder Selbstbehalt diskriminiert Kranke. Logisch, wen denn sonst! Hopping bei Ärzten oder Krankenkassen? Zweitmeinungen? Qualitätsvergleiche? Equam-zertifizierte Qualität? – Als Hauptkriterium galt ursprünglich die Patientenzufriedenheit, geprüft mit methodologisch fragwürdigen Umfrageaktionen. Arztgehilfinnen halfen beim Ausfüllen der Fragebogen. Wer überprüft die Kriterien, Methoden und Prüfer?

Wenn eine MC-Aktiengesellschaft nach Aktienrecht in regionaler Monopolstellung (deshalb erwachsen) beschliesst, wer unter welchen Bedingungen («Budget» – welches) Hausarzt sein darf, werden Patienten und junge Ärzte zu MC-Verträgen logischerweise gezwungen oder mindestens genötigt [2].

Das Volk darf und soll sich Gedanken machen über seine Hausärzte und deren Werte. Gesunde sollen nach- und vordenken, was

geschieht, wenn sie nächstes Jahr plötzlich krank oder sogar invalid werden.

*Dr. med. Markus Gassner, Grabs*

- 1 Sax A. Mesalliance. Schweiz. Ärztezeitung 2011;92 (44):1720.
- 2 Gassner M. Wer darf Hausarzt sein? Schweiz. Ärztezeitung 2006;87(49):2127.



### Unterstützung der Managed-Care-Vorlage

Der Thurgauer Grundversorger Verein (TGV) hat mit Genugtuung den Entscheid der Delegiertenversammlung des Schweizer Hausärzterverbandes MFE, die Managed-Care-Vorlage zu befürworten und das Referendum aus anderen Ärztekreisen nicht zu unterstützen, zur Kenntnis genommen. Die Mehrheit der Thurgauer Hausärztinnen und Hausärzte – dies hat eine konsultative Abstimmung der Thurgauer Ärztesgesellschaft ergeben – steht hinter der Gesetzesvorlage und lehnt ein Referendum ab. Der TGV und seine Mitglieder sehen in der MC-Vorlage des Parlamentes eindeutig mehr Vor- als Nachteile, sowohl für Patientinnen und Patienten wie auch für Hausärztinnen und Hausärzte. Die relevanten Punkte wie verbesserter Risikoausgleich, Unabhängigkeit der Leistungserbringer von den Kostenträgern und Vertragspflicht zwischen Krankenkassen und Ärztenetzwerken sind in der Vorlage erfüllt. Die Angst vor dem Verlust der freien Arztwahl sowie vor der Budgetmitverantwortung ist übertrieben, wie das Beispiel des Kantons Thurgau zeigt. Hier wird schon seit gut 15 Jahren erfolgreich integrierte Versorgung (auch bekannt als Managed Care) betrieben. Mehr als 30% der Thurgauer Bevölkerung sind in Hausarztmodellen versichert, ohne dass sie deswegen schlechter medizinisch versorgt wären. Beinahe alle hiesigen Grundversorger sind in einem Ärztenetzwerk organisiert, so dass die Thurgauerinnen und Thurgauer auch im Falle einer Annahme des neuen Gesetzes ihren Hausarzt frei wählen können. Ebenso haben die Thurgauer Netzwerke schon seit längerem Managed-Care-Verträge mit Budgetmitverantwortung, was aber nicht dazu geführt hat, dass finanzielle Überlegungen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten irgendeine Rolle gespielt hätten. Die völlig ungebundene Arztwahl würde bei Annahme der Gesetzesvorlage etwas teurer, aber nur um maximal

500 Franken pro Jahr. Da sich aber die Funktion des Hausarztes als primäre Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen bewährt hat, erachten wir den höheren Preis für den direkten Zugang zum Spezialisten als keinen allzu grossen und deshalb auch sozial verantwortbaren Nachteil für die Patienten. Insofern können wir die Bedenken der Mehrheit der FMH-Mitglieder, welche in der Urabstimmung für die Unterstützung des Referendums votierten, nicht teilen.

*Dr. med. Michael Siegenthaler,  
Präsident Thurgauer Grundversorger Verein,  
Frauenfeld*



### Rechte auch für Patienten?

Die Aufhebung der freien Arztwahl verstösst gegen die passive Wirtschaftsfreiheit aus der Sicht des Patienten. Gewiss ist die Aufhebung des Vertragszwangs auch mit der Standstill-Klausel des Freizügigkeitsabkommens Schweiz-EG (FZA, v. 21.6.1999), mit der gemäss FZA im Verhältnis Schweiz-EG zu berücksichtigenden Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes in Luxemburg und auch mit dem Allgemeinen Übereinkommen über den Handel mit Dienstleistungen (GATS, v. 15.4.1994) unvereinbar.

*Dr. iur. utr. Udo Adrian Essers, Küsnacht ZH*



### Forschungsprojekt zu Anreizen im DRG-System

Michel Romanens fordert in seinem Artikel «DRG-Begleitforschung: jetzt scharf stellen» [1], wichtige Aspekte der Begleitforschung, insbesondere auch ethischer Art, deutlicher als bisher in den Blick zu nehmen. Er verweist explizit auf die Problematik von Anreizen, die den behandelnden Arzt in ein Dilemma zwischen Patientenwohl und Gewinnorientierung führen können. Da sich unsere aktuellen Forschungsarbeiten gerade diesem Thema zuwenden, möchten wir an dieser Stelle auf unser Projekt «Assessing the Impact of Diagnosis Related Groups (DRGs) on Patient Care and Professional Practice» (IDoC-Projekt) verweisen. Das vom SNF in der Programmlinie

«Sinergia» unterstützte Forschungsprojekt umfasst fünf verschiedene Teilprojekte [2] und wird vom Institut für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich koordiniert.

Die von Michel Romanens hervorgehobene ethische Problematik der Anreize steht insbesondere im Fokus von Teilprojekt A, welches sich den durch das DRG-System bedingten Veränderungen in der Gesundheitsversorgung aus der Perspektive von Ärztinnen und Ärzten zuwendet. Neben einer normativen Analyse der ethischen Fragen werden dabei in verschiedenen quantitativen und qualitativen Teilstudien zwischen 2011 und 2013 Ärztinnen und Ärzten nach ihren Wahrnehmungen und Sichtweisen zu folgender Problematik befragt: Das neue Finanzierungssystem schliesst Anreize für medizinisches Gesundheitspersonal ein, sich auf die Hauptdiagnose des Patienten zu konzentrieren. Ebenso werden Anreize für die in Spitälern arbeitenden Ärztinnen und Ärzte gesetzt, Patienten in effizienter Art und Weise zu behandeln. Daraus können Interessenkonflikte bei Ärztinnen und Ärzten entstehen oder verschärft werden – zwischen dem Willen, die bestmögliche gesundheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, auf der einen Seite und dem Willen, sich gegenüber dem eigenen Spital (oder dem Gesundheitssystem) und seiner Rentabilität loyal zu zeigen auf der anderen Seite. Beeinträchtigte Qualität der Patientenversorgung, weniger gerechter Zugang zu Gesundheitsleistungen, Umverteilung der Leistungserbringung zu ungenügend vorbereiteten Institutionen wie Pflegeheimen und verminderte Arbeitszufriedenheit der Leistungserbringer wurden schon von verschiedenen Fachleuten prognostiziert.

Mit unseren Studien generieren wir in der Schweiz erstmals Daten zu der Frage, welche Interessenkonflikte, eventuelle Einschränkungen der professionellen Autonomie und mögliche Diskrepanzen zwischen den eigenen ethischen Standards und dem Berufsalltag Ärztinnen und Ärzten wahrnehmen. Weitere Teilprojekte bringen rechtliche Aspekte sowie Ansätze aus der Versorgungsforschung, den Pflegewissenschaften und dem Qualitätsmanagement ein. Zudem beabsichtigt das Projekt, Indikatoren und Instrumente zu entwickeln, die dabei helfen können, die Auswirkungen des DRG-Systems auf die Patientenversorgung und die professionelle Praxis zu untersuchen.

Margrit Fässler, Caroline Clarinval,  
Verina Wild, Nikola Biller-Andorno  
Institut für Biomedizinische Ethik,  
Universität Zürich

- 1 Romanens M. DRG-Begleitforschung: jetzt scharf stellen. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(42):1622–5.
- 2 Weitere Informationen unter: [www.ethik.uzh.ch/ibme/forschung/drg.html](http://www.ethik.uzh.ch/ibme/forschung/drg.html)



### Selbstdispensation und Medikamentenverbrauch

An die Kollegen Grete, Müller, Kull [1,2,3]

Sehr geehrter Herr Kollege

Hier eine persönliche Beobachtung, mit der ich schon vor einigen Monaten zur Diskussion über Selbstdispensation und Medikamentenverbrauch beigetragen habe [4].

Bei Selbstdispensation hat der Arzt die bessere Kontrolle über den Medikamentenverbrauch: hatte ich als Landarzt mit kantonal obligater Praxisapotheke wiederholt selber erlebt: In der Krankengeschichte ist die Abgabe, schon wegen der Verrechnung, genauestens festgehalten; und oft drängte sich dann die Frage auf: «Ja, ist die 100er-Packung schon aufgebraucht?» – «Ja, sie ging verloren», oder: «Habe eben auch meiner Schwägerin davon gegeben, die das gleiche Leiden hat ...». Oder der Rest war dann bei Hausbesuchen mit gemeinsamer Inspektion von Küchenschublade und Badezimmerschränklein aufzufinden. Bei mangelhaften Eintragungen durch unerfahrene Praxisvertreter hingegen, wie z.B. lakonisch «Verordnung Physio und NSAR», war die Kontrolle natürlich illusorisch.

In Kantonen mit ausschliesslicher Rezeptierung ist es entsprechend schwieriger, die Wirtschaftlichkeit und Solidarität im Denken der Patienten zu fördern: Auch selber erlebt: «Ein neues Rezept? Scheint doch noch keinen Monat her seit dem letzten?» – «Doch, doch, Sie täuschen sich, Herr Doktor, ich erinnere mich genauestens» – oder in naiver Offenheit: «Ja wissen Sie, Herr Doktor, damals waren grad die Ferien, da habe ich mir vom Apotheker eine kleinere Packung und für den Restbetrag Reise- und Malariatabletten und Sonnencreme geben lassen ...»

Dr. med. H. R. Schwarz, Porto Ronco

- 1 Grete W. Beleidigender Vorwurf. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(44):1691.
- 2 Müller U. «Kostenexplosion». Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(44):1691.
- 3 Kull HU. Steigert die Selbstdispensation die Gesundheitskosten? Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(44):1691.
- 4 Schwarz HR. Medikamentenkosten bei Selbstdispensation und bei Rezeptierung. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(3):74.



### Schrumpfkopf

Sehr geehrter Herr Taverna

Mir ist der Sinn dieses Artikels [1] nicht ganz klar. Ist die Rubrik vielleicht zur Belustigung da? Mir erscheint sie dazu nicht geeignet. Ich hoffe, dass es sich dabei nicht um ein tatsächliches Szenario handelt. Der Lerneffekt erscheint mir auch nicht gegeben, deshalb dazu Folgendes:

Der behandelnde Arzt erreicht mit seiner «Überweisung» zum Priester keinen Behandlungserfolg. Im Artikel zeigen sich die Folgen der inadäquaten Behandlung: Symptomverschiebung und Doctor hopping und shopping. Denn selbst die Mutter merkt, der Zustand, die inadäquate Sorge um ihr Kind, sich nicht durch die Intervention des Priesters bessert. Was macht sie, wenn sie genug von den unfähigen Ärzten hat? Legt sie selbst Hand an? Folgen sind nicht abzusehen, das Kindwohl ist gefährdet: Die Gefährdung geht von der Mutter aus, die ihre Umgebung nicht richtig wahrnimmt (schizophreniforme Störung, Wochenbettpsychose o.ä.). Was das für das Kind bedeuten kann, dürfen Sie sich selbst ausmalen. Also lieber mal etwas im Sinne des Patienten, aber zunächst gegen seinen Willen unternehmen: Machen Sie eine Gefährdungsmeldung beim Regierungsrat resp. bei der Vormundschaftsbehörde! Das ist die adäquate Behandlung und nicht die Teufelsaustreibung, die sich in keiner Guideline zur Behandlung irgendeiner psychischen Störung findet. Also, nur Mut, auch Unbequemes zu tun, im Sinne des Kindwohls, aber auch im Sinne der Kindmutter, ihr Leiden und ihre Sorge zu behandeln!

Dr. med. Susanne Hausmann, Bern

- 1 Taverna E. Schrumpfkopf. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(44):1718–9.